

# REDES VIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE E A INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE E SISTEMA LOCAL DE SAÚDE: SABERES LOCAIS E MÚLTIPLAS SAÚDES COMO CAPACIDADE PROFISSIONAL E COMO ATRIBUTO DAS REDES DE ATENÇÃO

Alcindo Antônio Ferla  
Cristianne Maria Famer Rocha  
Míriam Thaís Guterres Dias  
Liliane Maria dos Santos

Oferecemos ao leitor uma coletânea de textos sobre a integração ensino e sistema local de saúde, que é, ao mesmo tempo, uma diretriz das políticas da educação e da saúde para a formação dos trabalhadores da área e uma estratégia de qualificação do ensino na saúde. Aqui na coletânea, temos um dossiê de iniciativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com o Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, particularmente com as Gerências Distritais Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro da Secretaria Municipal de Saúde. Não apenas de relatos das diferentes experiências realizadas, mas o esforço de traduzir em textos a intensa reflexão que se faz sobre elas.

Refletir sobre a integração do ensino com os serviços, na verdade da universidade com os sistemas locais de saúde, provoca o pensamento para, inicialmente, colocar em questão a própria separação entre o ensino e os serviços, ou, ao menos, as posições de externalidade entre ambos, ditas ou tornadas visíveis constantemente, e, na sequência, analisar os contextos e o cotidiano da universidade e do sistema local de saúde. Falamos da necessidade de integração nos documentos oficiais e nas análises teóricas e empíricas para afirmar uma aproximação ou a qualificação de iniciativas incipientes e/ou isoladas de parcerias. Falamos de integração para dizer de avanços necessários na implementação de uma política de

efetiva articulação, com borramento importante das fronteiras institucionais, de tal forma que se evidencie um Sistema Único de Saúde (SUS) efetivamente formador, com uma grande transversalidade entre o ensino e o trabalho em saúde, e com uma pluralidade institucional que abarque o campo da formação dos trabalhadores da saúde. Necessidade, sobretudo, para acompanhar as grandes e rápidas transformações no mundo do trabalho na saúde e pela insuficiência da formação para o mundo do trabalho. De certa forma, falamos de integração para designar uma aproximação de natureza distinta da que se observa na maior parte das situações. Se o lastro da aproximação são as políticas e a prospecção do sistema de saúde, para nos aproximarmos tentativamente do ingresso dos nossos alunos no mundo do trabalho, a aproximação não pode mais corresponder a um ou outro “serviço de saúde” isoladamente, mas às redes de atenção e, mais do que isso, a sistemas locais de saúde, ou seja, ao conjunto de recursos de saúde e demais políticas sociais que oferecem ações para as pessoas, de regras e organizações que gerem esses serviços, dos modos como esses impactam o território e se relacionam com as pessoas.

A formação profissional em saúde, ao menos na modernidade e no mundo ocidental, nasce dentro de um serviço e num momento de transformação. Michel Foucault (1979) descreve que entre as condições para a transformação do hospital assistencial, de cunho religioso e voltado à assistência espiritual de pobres doentes, para o hospital médico, voltado à assistência às doenças, inclui-se, com algum destaque, justamente a presença do médico residente e o estudo regular dos registros sistemáticos da evolução dos adoecimentos, que também começam a surgir no interior do hospital. Inicialmente, para essa transformação, o hospital, o modo como se inseria nas cidades e se organizava tornaram-se objeto de análise e produção de conhecimentos. A emergência de uma “ciência das doenças” foi condição de descolamento do modelo de práticas assistencial-religiosas para o modelo biomédico, que foi amplamente expandido e *modelizou* a formação dos profissionais depois do chamado Relatório Flexner, em 1910 (FERLA, 2007). As possibilidades de outras saúdes, como vividas e significadas por outros códigos e signos fora do hospital médico, foram perdendo legitimidade. O interesse aqui não é constituir uma ligação para uma revisão teórica das articulações entre formação e práticas no modelo biomédico, tarefa que a literatura já realiza com maestria. O que nos interessa é relembrar o nexos que existe entre a transformação do hospital (e do sistema de saúde, que estava

centrado e praticamente constituído pelo mesmo) e a emergência de um saber *territorializado* nesse serviço/sistema, como nos apresenta Foucault (1979) e um certo padrão de saúde, que passou a operar no interior das práticas de cuidado. Interessamos considerar a natureza desse conhecimento produzido no hospital e a relação com a transformação do sistema de cuidados, que passa a ser centrado nesse serviço.

Esse saber não é um saber de natureza genérica; é bem específico e contextualizado. É um saber disciplinar, recortado na especialidade, centrado na doença e constitutivamente colocado em relação de poder com outros saberes. O lugar ocupado na Idade Média pelo dogma passa a ser tomado pelo discurso demonstrativo da ciência biomédica, que emerge da análise dos registros e da “nova” experiência no ambiente hospitalar. A força de evidência desse saber, simbolizada pela demonstração de uma morte que se produz no corpo e na materialidade da existência, ao contrário do que se dizia na Idade Média, impacta as práticas de saúde, os imaginários e a cultura das sociedades. E isso está associado ao poder de uso do discurso centrado nessa lógica para a organização do trabalho no hospital, suas hierarquias e seus pertencimentos, bem como sua inserção no interior da cidade (FERLA, OLIVEIRA & LEMOS, 2011).

Ao mesmo tempo em que esse saber se constrói, ele estrutura o processo de trabalho e define as condições de institucionalidade daquele serviço (o hospital). É um saber que, na relação com o usuário (submetido à condição de *paciente*) constrói um processo de trabalho do tipo *queixa-conduta/problema-solução*, onde uma demanda, para ser válida, precisa adquirir o formato definido na internalidade desse conhecimento e, uma vez validada e classificada, gera uma resposta válida (Ceccim & Ferla, 2008). Ou seja, não é a dor ou o sofrimento concreto do usuário que desencadeia as ações de cuidado; é a apreensão e validação dessa demanda no conjunto de códigos do conhecimento vigente que o faz. Madel Luz (2000), no seu estudo clássico sobre racionalidades médicas, demonstra a existência de outros modos de organizar o cuidado em sistemas de saúde complexos vigentes na contemporaneidade, comparando a medicina moderna ocidental, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurveda. Esse é apenas o modo vigente de fazer isso no modelo da medicina científica ocidental moderna. Claro que outras variáveis cruzaram, durante a história, o modelo da medicina ocidental moderna, seus conhecimentos e suas práticas. Mas claro também é que esse modelo ainda está vigente no nosso meio, operando não apenas na formação e na prática

dos profissionais médicos, mas de grande parte dos demais que atuam nos sistemas e nos serviços de saúde. E é a essa vigência/hegemonia que se opõe as diretrizes de mudança.

Ainda hoje, o hospital de ensino é o campo prioritário de práticas, com o maior tempo de exposição, principalmente nos cursos de medicina e enfermagem. Outros cursos foram surgindo e buscando serviços distintos de apoio à formação. A área da saúde também vai convidando outras formações para atuarem no seu interior. Mas há um problema que se repete, relativo à lógica da articulação entre a formação e o trabalho, entre a ciência e o mundo do trabalho. Parece necessário destacar duas dimensões desse problema: uma delas é a suposta separação teoria e prática, onde o mundo do trabalho aparece como campo de adestramento/repetição das práticas, para identificar nela uma “queixa sintomática” derivada da natureza e da lógica da relação formação-trabalho; e outra é a rápida e enorme diversificação de serviços nos sistemas de saúde que desafia constantemente a produção de novos conhecimentos e tecnologias e, portanto, também a formação profissional.

Em relação ao que se tem denominado de separação teoria e prática, trata-se de um fenômeno que, na verdade, separa dois tipos distintos de práticas: a prática de transmissão de conhecimentos e informações sobre técnicas e tecnologias (que, afinal, é uma prática de transmissão de teorias e dos conceitos e valores que as embasam), normalmente realizada em sala de aula ou em ambientes mais acadêmicos; e a prática propriamente dita, ou seja, a aplicação do conhecimento ou o adestramento às técnicas aprendidas antes e no ambiente escolar (uma espécie de prática de aplicação de teorias), mais comumente feita em laboratórios e em serviços. A lógica da produção de conhecimento na modernidade como prática social é muito bem analisada e descrita por Madel Luz, no seu clássico “Natural, racional, social” (LUZ, 2004), que também atualiza a análise para a área da saúde. A racionalidade científica moderna e a razão médica ocidental moderna, além de contemporâneas (tornaram-se vigentes na modernidade, mas com marcas estruturantes no Renascimento, como nos recorda Madel Luz) e conterrâneas (o mundo ocidental) no seu “apogeu”, também compartilham um quadro de categorias, conceitos e teorias disciplinares, que são postas em operação por meio de diversas instituições. Essas funcionam como “dispositivo disciplinar” (“formando o arcabouço de poder simbólico e jurídico”), por meio do enquadramento de “sujeitos sociais existentes, quando não criando outros, que são instituídos como objetos de intervenção desses saberes

e práticas” produzidos no contexto da racionalidade vigente (pág. 17). Ou seja, há uma certa tautologia aqui, já que o conhecimento é produzido com base num conjunto de condições que não corresponde ao cotidiano da produção da saúde e da doença e ele tende a produzir as condições ideais da sua gênese no contexto em que é aplicado. Essa tautologia é mediada por um conjunto de instituições, como se verifica na sequência.

Madel Luz (2004) constatou que essas instituições podem estar ligadas diretamente ao saber médico, como hospitais ou escolas médicas, ou “ao ensino, à regulação do comportamento, dos sentimentos e da vontade” (p. 17), ligadas a outras áreas de conhecimento, mas que operam com um “quadro de verdades”, teorias e noções que são, ao mesmo tempo, “biológicas” e “sociais”, de forma entrosada, reforçando imaginários e construindo realidades e sujeitos sociais em diversas áreas de conhecimento e campos de atuação. Ou seja, não há uma dimensão superior e neutra, da ciência, e outra, mundana e impura, das práticas. Temos práticas científicas e práticas no interior dos serviços, com base em verdades disciplinares, que operam para produzir sujeitos e os próprios contextos em que se situam. A noção de separação entre teoria e prática, patrocinada por algumas análises institucionais e que dá texto para as queixas de parte dos estudantes, é mais um artefato do padrão de racionalidade vigente, que dispersa a visibilidade de que o problema é o divórcio entre essas práticas, em particular quando o “mundo do trabalho” resiste a se tornar apenas o campo de aplicação da ciência ou da técnica. Também torna invisível a origem da matriz de conhecimento e o modo como ela opera em instituições e, mesmo, no mundo do trabalho, de forma a transcender as profissões. Talvez advenha daí a dificuldade institucional de integrar as diferentes formações profissionais e ampliar a visibilidade das insuficiências do modelo vigente em cada uma e em todas.

Pois bem, vivemos nos últimos anos, nos sistemas de saúde da maior parte dos países, momentos de rápida multiplicação de serviços de naturezas distintas, com ênfase na atenção básica, mas com a necessidade de operação em rede, que gera uma grande mudança nos modos de organização do trabalho. Ou seja, o “mundo do trabalho”, rapidamente diversificado, não opera apenas como resultado do “desenvolvimento” do conhecimento produzido. Em parte pelo distanciamento com a “pureza” do ambiente original do conhecimento biomédico que atravessa a formação de diversas profissões. Em parte pela visibilidade de um conjunto maior e mais complexo de questões que estão

relacionadas à produção de saúde e, mesmo, ao tratamento das doenças. Essas questões, para fins de planejamento e análise das condições de saúde, são referidas a territórios concretos.

O *território* (entendido não apenas como espaço geográfico, mas também como rede de pessoas e instituições que, na organização do sistema de saúde, está relacionado a um conjunto de serviços) que é considerado para pensar o trabalho em saúde, agora, é mais híbrido (no sentido de *diverso* do ambiente hospitalar padronizado e no sentido de que essa diversidade é  *muito ampla*, não se esgota na simples categorização dos serviços, já que serviços de diferentes categorias têm diversidade de entornos e relações, que mudam a sua natureza) e, além de híbrido, ele se constitui constantemente por meio de relações entre os próprios serviços e com os modos de existir e andar a vida das pessoas nos territórios em que estão inseridas. Sim, porque é preciso lembrar que, agora, não é mais a evolução da doença no interior do ambiente hospitalar o que define e caracteriza a demanda para o trabalho em saúde; é o território de existência das pessoas, vivo e vivido, em que diferentes tipos de serviço se inserem e inserem nele vetores de força que também interferem na sua constituição. Dizemos que os territórios são vivos e vividos, com base em Milton Santos (1994), mas também que a saúde é complexa e movediça (FERLA, 2007).

Esses enunciados produzem para a lógica do problema-solução uma sobrecarga que a compromete mortalmente. Não é mais essa a lógica que o trabalho precisa operar; entretanto, o saber não é só conteúdo aplicado, ele constitui os processos de trabalho e, assim, temos uma vigência precária, sustentada por forças do interior do modelo predominante, mas muito desgastada pela complexidade da produção da saúde no cotidiano do território (dos diferentes territórios, que além de sua natureza movediça, também há uma enorme diversidade nas dimensões continentais do país). Essa provavelmente seja a melhor expressão do que tem se chamado de separação entre teoria e prática; na verdade, um problema agudo de distanciamento entre o saber instrumental pretensamente portador da verdade da ciência disciplinar, que pretende aplicação universal no mundo do trabalho, e o mundo do trabalho, complexo, que requer novos e distintos conhecimentos para novos e diversos modos de funcionamento.

A ação profissional no trabalho precisa ser capaz de identificar diferentes constituições de saúde e diferentes demandas por cuidado, independente de idênticas classificações nosológicas, organizar-se a partir de distintos trabalhadores (diferenças culturais, morais, de formação e de posições políticas) e

diversas condições físicas e tecnológicas. Há uma demanda de conhecimentos interdisciplinares e mestiços (híbridos entre diferentes saberes), mas que também tenham capacidade de se refazer constantemente, uma vez que a complexidade das relações no cotidiano do trabalho muda a natureza dos problemas. Há, na relação conhecimento/trabalho (e também ensino/trabalho) um impasse que se poderia classificar como de descontinuidades (disciplinar/interdisciplinar; profissional/multiprofissional; instrumental/complexo; etc.). A articulação entre o ensino e a formação, entre o mundo do trabalho e o mundo do conhecimento, terá que se tornar – como vem acontecendo – não apenas espaço de aplicação, mas objeto de análise.

Para superar o impasse, diferentes políticas de educação foram sendo implementadas nos últimos anos, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, além de outras iniciativas. Das experiências IDA (Integração Docente-Assistencial) e UNI (Uma Nova Iniciativa para a Formação de Profissionais de Saúde: Integração com a Comunidade) e modelos de saúde comunitária, onde a formação estava muito próxima da prática, migramos para a saúde da família, com inúmeras residências médicas e em área profissional da saúde (uni e multiprofissionais) e polos específicos de formação, além das Diretrizes Curriculares Nacionais, entre outras. Políticas da saúde para a formação profissional também foram sendo formuladas. O Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (Promed), de 2002; a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (Educação Permanente em Saúde), em 2003; o AprenderSUS – O SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Ministério da Saúde, 2004b); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde), em 2005; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); o fortalecimento das Residências em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional), o incremento da formação em saúde da família, entre outras, são iniciativas com protagonismo importante do Ministério da Saúde, frequentemente em parceria com o Ministério da Educação (Brasil, 2004). Esse conjunto de iniciativas teve variação de abrangência, duração, efeitos e concepções, com maior ou menor capacidade de diálogo com as iniciativas locais. Mas é evidente que pretenderam e pretendem produzir mudanças na formação das profissões da saúde e também aproximações da formação com o trabalho. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), do Ministério da Saúde, em 2003, foi marco da visibilidade não apenas da consciência institucional da

separação educação e trabalho, mas também da decisão política de incrementar iniciativas para a superação do distanciamento entre ambas, como já dito anteriormente.

Entre todas as iniciativas formatadas como políticas governamentais para a formação das profissões da saúde, embasadas que foram na percepção de distâncias e incompatibilidades entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, a Educação Permanente em Saúde é referenciada numa construção epistemológica de maior densidade, quando comparada com as demais. Não é apenas a constatação do distanciamento que opera nessa política. Há também uma teoria de aprendizagem e uma problematização do lugar do ensino no mundo do trabalho (CECCIM & FERLA, 2008). A figura do quadrilátero (CECCIM & FEUERWERKER, 2004) é paradigmática nesse sentido, quando descreve as quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde: uma dimensão de atenção, que supera a dimensão da assistência às doenças e se refere às intervenções sobre a saúde; uma dimensão de gestão, que se refere às escolhas necessárias e sempre presentes no trabalho em saúde, seja na direção dos serviços ou na organização de práticas; uma dimensão de participação, relativa à necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores; e uma dimensão do ensino, relativo às aprendizagens e o modo como se inserem no mundo do trabalho. O desafio à formação é que esses quatro vértices estão sempre em movimento, constituindo uma mandala (CECCIM & FERLA, 2008), onde as dimensões descritas não apenas estão trocando de lugar, como se interpenetrando. Assim, o conceito do quadrilátero é, na realidade, como dizem os autores, uma teoria que parte da análise crítica da formação, mas que também se constitui num modo de produzir inovações e o desenvolvimento do trabalho.

A Educação Permanente é a aprendizagem que se faz ininterruptamente no mundo do trabalho e que se torna significativa, por interrogar a questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano. As Diretrizes Curriculares para diversos dos cursos da área da saúde dizem de uma capacidade geral de aprender a aprender, para afirmar a necessidade de que o ensino produza também o atributo profissional de produzir conhecimentos no cotidiano do trabalho. Diferente disso, porque mais radical, a Educação Permanente fala da gestão da aprendizagem no cotidiano do trabalho, que gera o desenvolvimento do trabalho e não apenas a qualificação do trabalhador. Merhy (2002) nos ajuda a esclarecer ainda mais essa

condição de aprendizagem no cotidiano como desenvolvimento do trabalho, quando torna visível a dimensão micropolítica do trabalho em saúde. Para esse autor, diferentes naturezas tecnológicas compõem o “cardápio” de ofertas dos serviços para o cuidado (também para a gestão, para a participação e, por certo, para o ensino). Entre essas, as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais), as tecnologias leve-duras (saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (tecnologias das relações, como vínculo, acolhimento e autonomização). Um cuidado voltado para a integralidade, segundo Merhy (2002) tem uma combinação dessas três tecnologias, mas a gestão da resposta deve ser feita com base nas tecnologias leves. Ora, tecnologias leves não pertencem à ordem dos aprendizados sustentadas por conhecimentos disciplinares, mas à vivência, à experimentação de trabalho vivo, trabalho criativo. É preciso ultrapassar a fronteira dos conhecimentos que pretendem traduzir a verdade da ciência para a aprendizagem na dimensão micropolítica do trabalho, condição que somente se expressa em ato e acumula na ordem das aprendizagens como sensação, afeto e afetação. A complexidade dessa ordem de aprendizagens dá o sentido da proposição da educação na saúde como novo domínio de conhecimentos, atravessado pela educação e pela cidadania (CECCIM & FERLA, 2008).

Retornando ao nosso problema inicial, a integração ensino e sistema local de saúde (não será mais adequado informar “serviços” como o complemento da integração, uma vez que a figura do quadrilátero diz que a atenção precisa ser/é atravessada pelos demais vértices, caracterizando um híbrido que supera a missão visível dos serviços), essa construção conceitual nos falará da importância de produzir conexões no cotidiano do trabalho, em particular em períodos de transformação, como o que passamos agora. É de grande potência pensar que esse é um momento singular de produzir, no cotidiano da articulação ensino/sistema de saúde, conhecimentos contemporâneos e conterrâneos às novas configurações do sistema de saúde. Se o sistema local de saúde não é apenas o lugar da aplicação do conhecimento e da técnica, mas o lugar da aprendizagem, os principais atributos para a formação de profissionais não serão mais da ordem das condições físicas e tecnológicas, mas da capacidade de aposta e transformação do próprio trabalho, a disponibilidade das equipes em refletir sobre o cotidiano e construir soluções para as questões que o atravessam. Nesse contexto, as organizações e os grupos de trabalho do sistema

local e os atores da universidade, ao estabelecerem relações de aprendizagem recíproca, enlaçam uma rede de aprendizagens para as questões do cotidiano, de aprendizagem significativa. Saberes de lado a lado conectam essa rede. Ou seja, trata-se de analisar permanentemente o cotidiano do trabalho, destacar situações que mobilizam seus atores, construir teias de saberes locais, desenvolver tecnologias e iniciativas para superar essas questões, monitorá-las e avalia-las mas, também e predominantemente, produzir e compartilhar conhecimentos a partir dessas experimentações. As redes ensino e sistema local precisam ser redes de conhecimentos, para consolidar aprendizagens e para se renovar.

Falamos aqui de uma rede quente, no sentido de intervenções produtoras da capacidade de “operar em rede” e de “produzir experimentações” capazes de transformar o cotidiano do serviço e da formação. É com essa abrangência que a educação permanente retorna em projetos nacionais de indução à mudança, propostos pelos Ministérios da Saúde e Educação, e é essa a melhor explicação do esforço teórico, empírico e, mesmo, epistemológico que buscamos nessa coletânea de experiências.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) assumiu, pela sua condição de liderança acadêmica e pelo seu compromisso social, a radicalidade da experimentação do que está registrado na legislação nacional sobre o ensino na saúde. A criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), articulando cursos e projetos com capacidade de atualizar o ensino, é um dos dispositivos que vem sendo utilizados desde 2008. As parcerias com o sistema local de saúde, que remontam à origem dos cursos, mas que, mais recentemente, tem ultrapassado o paradigma da integração docente-assistencial e adentrado no campo paradigmático da integração universidade-sistema de saúde, inclusive com a composição de um Comitê Gestor, para acompanhar e gerir o processo inventivo da integração. A atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I articula os cursos da área (docentes e discentes) e o sistema local de saúde, em aprendizagem interdisciplinar e centrada no território em que, ao mesmo tempo, atuam ações e serviços de saúde e vivem e produzem saúde as pessoas e as coletividades. Além dessas, diversas outras iniciativas têm mobilizado a experimentação de novos conceitos, já com algumas reflexões mais densas compartilhadas (FERLA et. al., 2013). Mais recentemente, a criação do Laboratório de Integração Universidade e Sistema Locoregional de Saúde (LABIN) assume o caráter experimental e o desafio de produzir metodologias e tecnologias para avançar

na integração, a partir objetivamente da experiência e da experimentação, compreendendo que se trata de um campo de possíveis para ambas as instituições. O sistema local de saúde é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e a política de integração com o ensino pela Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) que, no caso da UFRGS, se desenvolve particularmente nos Distritos de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro.

Nesta coletânea, temos o seguimento da ideia da experimentação, reflexão e compartilhamento como dispositivos de produzir movimentos, ações e práticas na direção das diretrizes de mudança na relação formação e trabalho na saúde. Como instituição de ensino, pesquisa e extensão de referência nacional e internacional, temos a obrigação intelectual de universalizar o pensamento e a ação, não somente no sentido de atravessar fronteiras locais/nacionais, mas epistemológicas. Assim, a experimentação ensino e trabalho no sistema de saúde torna-se, também, um território de desenvolvimento de tecnologias, conhecimentos e potências de mudança.

A coletânea foi tornada possível por meio de um edital conjunto entre a CoorSaúde e a Editora da Rede Unida, em que foram chamados manuscritos que tivessem a integração como objeto de reflexão, seja como relato de experiência, seja como ensaio temático. Submetidos à avaliação por pares, temos 21 capítulos, envolvendo mais de cem autores, entre os quais docentes, discentes e técnicos da Universidade de diferentes unidades e cursos, trabalhadores da gestão e da atenção do sistema municipal de saúde de Porto Alegre. Essa diversidade de inserções e a abrangência temática nos permitem afirmar, com toda a ênfase, que a integração ensino e sistema de saúde, no caso da experiência compartilhada entre a UFRGS e o sistema local nos Distritos de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro de Porto Alegre, é uma realidade vivida por experimentação, mas é também objeto de reflexão e compartilhamento. Novos conhecimentos e capacidades profissionais são necessários para as novas modelagens tecnoassistenciais, mas também para a produção de novos futuros para a saúde e para as pessoas. É uma rede viva de educação e saúde, de educação na saúde, que se afirma e se consolida por teias de saberes locais, superando a arrogância da ciência moderna, e pela capacidade de fomentar muitas saúdes, para o desenvolvimento do sistema local e das redes de atenção e também para o desenvolvimento de capacidades profissionais renovadas no âmbito da graduação e da pós-graduação.

Boa leitura a todos e todas! Que o pensamento não se mantenha estável com ela. Ao contrário, que se mobilize para novos patamares de densidade no tema da integração, do desenvolvimento do trabalho no sistema de saúde, da formação técnica e profissional em saúde, da gestão da educação na saúde e da defesa da cidadania.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível na internet: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf). Consulta em 02/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível na internet: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf). Consulta em 02/12/2014.

CECCIM, RB.; FERLA, AA.. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/ fev.2009. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Consulta em 02/12/2014.

CECCIM, RB.; FEUERWERKER, LCM.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2004, vol.14, n.1, pp. 41-65. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Consulta em 02/12/2014.

FERLA, AA.. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, AA.; ROCHA, CMF.; DIAS, MTG.; SANTOS, LM.; *Integração ensino - serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Cadernos da Saúde Coletiva; v.2). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-de-saude-coletiva-volume-2-pdf/view>. Consulta em 02/12/2014.

FERLA, AA.; OLIVEIRA, PTR.; LEMOS, FCs.. Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23 – n. 3, p. 487-500, Set./Dez. 2011. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a04>. Consulta em 02/12/2014.

FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LUZ, MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª edição revista. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. Em: CANESQUI, AM. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000. p.181-200.

MERHY, EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, M. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.